Др 379/404

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им.В.М.Бехтерева

На правах рукописи

Павел Иванович СИДОРОВ

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АЛКОГОЛИЗАЦИИ И АЛКОГОЛИЗМА В ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Специальность 14.00.18 - Психиатрия

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Ленинград-1979

Работа выполнена на кафедре психиатрии Архангельского медицинского института и кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения 2-го Московского медицинского института им. Н.И.Пирогова.

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор И.Д.Муратова,

доктор медицинских наук, профессор Н.Я.Копыт.

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук И.В.Бокий,

доктор медицинских наук, профессор Е.Я.Белицкая.

Ведущее предприятие - Московский научно-исследовательский институт психиатрии МЗ РСФСР.

Защита диссертации состоится "___"_____1979 года в 14 часов на заседании Специализированного Совета по защите докторских диссертаций (Д084.13.01) по присуждению ученой степени кандидата медицинских наук в Ленинградском научно-исследовательском психоневрологическом институте им.В.М.Бехтерева (Ленинград, ул.Бехтерева, дом 3, конференц-зал института).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института.

Автореферат разослан "___"_____1979 года.

Ученый секретарь Совета
кандидат медицинских наук С.Ф.Ерышев

2 А
Государственная
библиотека СССР
им. В.И. Ленина
1979 г.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Изучение особенностей и разработка системы профилактики алкоголизации в подростково-юношеском возрасте важнейшая комплексная задача социальной гигиены и наркологии, санитарного просвещения и педагогики, что подчеркивается постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 22 сентября 1977 года "О дальнейшем развитии народного здравоохранения" и постановлением Совета Министров СССР от 6 апреля 1978 года "О дополнительных мерах по усилению борьбы с пьянством и алкоголизмом".

Актуальность исследований по рассматриваемой проблеме определяется следующими положениями: 1) алкоголизация подрастающего поколения - один из серьезных факторов риска его психического здоровья; 2) алкоголизация - известная причина делинквентного поведения подростков, часто приводящая к серьезным противоправным действиям; 3) трудности лечения развернутых стадий алкоголизма у взрослых заставляют искать пути все более раннего его выявления у более молодых возрастных групп; 4) подростково-юношеский алкоголизм, по мнению ряда авторов (П.Н.Литвинов, 1967; И.В.Стрельчук, 1973 и др.), отличается особой злокачественностью и прогредиентностью; 5) на сегодняшний день в структуре наркологической службы в СССР нет специализированного звена, обеспечивающего наркологическую помощь несовершеннолетним.

В последние годы появились значительные исследования по клиническим и социально-гигиеническим аспектам алкоголизма (А.А.Портнов, И.Н.Пятницкая, 1971; Г.М.Энтин, 1972; И.В.Стрельчук, 1973; И.В.Бокий, И.П.Лапин, 1975; И.Г.Ураков, В.В.Куликов, 1977; Ю.П.Лисицин, Н.Я.Копыт, 1978 и др.). Предпринимаются многочисленные работы по изучению алкоголизации различных контингентов молодежи (Д.Секей, 1972; А.И.Цаплин, 1972; P.L. Cane , E. Patterson , 1972; А.Е.Личко, Л.П.Рубина, 1974; R.C. Whitehead ,1974;

М Загема, 1974; Ат.Шишков, М.Пенева, 1975; А.Е.Личко, А.А.Александров, А.А.Вдовиченко, Н.Я.Иванов, С.Д.Озерецковский, 1977; Е.С.Скворцова, 1978 и др.). В ряде работ анализируются клинические и социально-психологические особенности подростково-юношеского алкоголизма (И.Л.Злотников с соавт., 1970; М.А.Чалисов с соавт., 1973; И.В.Стрельчук, 1974; Г.В.Зеневич с соавт., 1974; А.Г.Амбрумова, Л.Я.Жезлова, 1974; А.Е.Личко, 1977; Л.Я.Висневская, Е.А. Данилова, 1978; А.Л.Нелидов, 1978; и др.).

На сегодняшний день еще не устранены противоречия в понимании этиопатогенеза и особенностей клиники, диагностики и систематики подростково-юношеского алкоголизма. Требуют обобщения и сведения в единую систему различные формы и методы антиалкогольной работы с несовершеннолетними. Остаются недостаточно изученными социально-психологические механизмы воспроизводства алкогольных обычаев микросоциальной среды в жизни новых поколений.

Цель и задачи исследования. Основная цель работы состояла в изучении развития алкоголизации и алкоголизма у подростков, и разработке системы профилактических социально-медицинских мероприятий.

Исследование имело следующие задачи: 1. Выяснение влияния алкогольных обычаев микросоциальной среды на установки детей в отношение потребления спиртных напитков. 2. Изучение роли различных факторов микросоциальной среды, индивидуально-психологических и сомато-неврологических особенностей преморбидной личности в развитии алкоголизации и алкоголизма у несовершеннолетних. 3. Исследование особенностей перерастания алкоголизации в алкоголизм, формирования начальных клинических проявлений, диагностики и систематики подростково-юношеского алкоголизма. 4. Разработка системы антиалкогольной работы с подростково-юношеским контингентом.

Характеристика материала и методы исследования. В работе использован комплексный подход к изучаемой проблеме. На различных

этапах применялись методы анкетирования и интервьюирования, клинического наблюдения и патопсихологического эксперимента (методика исследования интеллекта Векслера, пиктограмма, классификация предметов, уровень притязаний, MMPI, TAT), электрофизиологического (ЭЭГ, ЭКГ) и биохимического исследования. Использовался метод аутоидентификации и идентификации по словесным характерологическим портретам (Э.Г.Эйдемиллер, 1973). Программа исследования включала четыре этапа.

На первом этапе методом анонимного анкетирования было опрошено 7372 учащихся 3-10 классов школ г.Архангельска и г.Инты. Мальчики и девочки по возрасту подразделялись на четыре группы: 9-10, 11-13, 14-15 и 16-17 лет; по признаку полной или неполной семьи и образованию родителей на 15 групп; по социальному положению родителей на 8 групп.

Второй этап работы включал проведение интервью и амбулаторного обследования 112 подростков, обнаруживающих клинические признаки алкоголизма ("клиническая группа") и 107 несовершеннолетних только эпизодически употребляющих спиртные напитки ("группа риска"). Представители обеих групп в возрасте до 18 лет задерживались милицией в состоянии опьянения и состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних. Выбор сравниваемых контингентов определялся задачей выделения факторов, значимых именно для развития подростково-юношеского алкоголизма. Подростки "клинической группы" уже прошли путь, который представители "группы риска" еще только имели перед собой в качестве возможного направления развития.

На третьем этапе работы в условиях психиатрического стационара и медико-санитарной части детской колонии было обследовано всего 87 подростков и юношей, обнаруживающих клинические признаки алкоголизма. По возрасту исследуемый контингент состоял из 24 больных 15-16 лет, 58 - 17-18 лет и 6 больных 19-22 лет, у которых

хронический алкоголизм был диагностирован еще до совершеннолетия.

Четвертый этап работы - внедрение результатов исследования в практику. Отработка системы антиалкогольного воспитания учащихся производилась на базе средней школы при детской воспитательно-трудовой колонии и средней школы № I г.Архангельска. Для статистической оценки эффективности проводимых мероприятий в начале и в конце второго полугодия (1978г.) в средней школе № I было проведено анонимное анкетирование. В начале полугодия (I опрос) опросили в 3-4 классах 118 учащихся и в 9-10 классах -111 школьников; в конце полугодия (2 опрос) - соответственно 99 и 127 человек. Организационные формы раннего выявления, лечения и профилактики алкоголизма у несовершеннолетних внедрялись и оценивались на базе подросткового консультативного наркологического кабинета. За время работы кабинета обследовано 456 подростков и юношей, в возрасте до 18 лет, задерживавшихся милицией в состоянии опьянения.

Научная новизна и практическая значимость. Разработана комплексная клинико-социальная методика обследования подростков, злоупотребляющих спиртными напитками, и их семей. Исследование выявило ряд новых данных об особенностях алкогольных обычаев семьи в зависимости от социального статуса и образовательного уровня родителей, о восприятии детьми алкогольных обычаев микросоциальной среды, путях, времени и особенностях начала алкоголизации. Изучены наиболее значимые для развития алкоголизации подростков соматоневрологические и психологические особенности преморбидной личности, условия микросоциальной среды. Выделены основные характеристики подростков "группы риска" по асоциальным формам поведения и "угрожаемого" в отношении развития алкоголизма контингента. Дано описание злокачественного "алкогольного дебюта". Проанализировано становление начальных признаков заболевания. Описаны основные социально-психологические механизмы формирования клиники алкоголизма у подростков. Обоснована возможность диагностики и систематики алкоголизма в подростково-юношеском возрасте с выделением двух стадий: начальной и клинической.

Предложены основные организационные принципы, методика и направления антиалкогольного воспитания школьников, модель системы антиалкогольной работы с несовершеннолетними. В 1974 г. на базе Архангельского медицинского института нами был создан подростковый консультативный наркологический кабинет. Проект положения о кабинете после обсуждения на Проблемной комиссии по наркологии МЗ РСФСР преднаставлен на рассмотрение в Министерство здравоохранения Российской Федерации. По материалам исследования подготовлены методические рекомендации: "Антиалкогольное воспитание в школе" и "Клиника, диагностика и лечение алкоголизма в подростково-юношеском возрасте".

Объем и структура диссертации. Материалы исследования изложены на 132 страницах машинописного текста. Диссертация включает введение, шесть глав, заключение и выводы. Первая глава содержит обзор литературы по теме диссертации. Во второй главе даются цель и задачи, материал и методы исследования. Третья глава включает анализ алкогольных обычаев микросоциальной среды и особенностей алкоголизации школьников. В четвертой главе анализируются факторы, значимые для развития алкоголизации и алкоголизма у несовершеннолетних. В пятой главе описывается формирование клиники алкоголизма в подростково-юношеском возрасте, рассматриваются вопросы диагностики и систематика заболевания. Шестая глава содержит анализ результатов внедрения и оценку эффективности антиалкогольного воспитания учащихся в двух школах г.Архангельска и опыта работы подросткового консультативного наркологического кабинета. В заключении обобщаются результаты исследования. Указатель литературы содержит 286 источников на русском и иностранном языках. Приложение к дисс-

тации включает: клинические иллюстрации и анализ историй болезни; положение о подростковом консультативном наркологическом кабинете; анкеты и опросник, применявшиеся в исследовании, методические рекомендации.

Результаты исследования

I. Социально-гигиенические и социально-психологические аспекты алкоголизации школьников.

Знакомство учащихся с алкогольными напитками происходило в основном за счет их употребления в компании друзей и в одиночку. Мальчики всех четырех возрастных групп в 2-3 раза чаще девочек, своих сверстниц, самостоятельно начинали пробовать спиртные напитки ($P < 0,05$).

С возрастом изменялись оценки учащимися состояния опьянения окружающих и поведения пьяных. Частота случаев квалификации состояния опьянения окружающих как нормального явления имела у мальчиков прямую связь с возрастом ($\gamma = +0,99$; $P < 0,01$). Юноши в I6-I7 лет менее осуждающе ($76,0 \pm 2,9$), чем девушки ($89,6 \pm I,4$) относились к опьянению ($t = 4,3$). В наибольшей степени затруднялись определенным образом выразить свое отношение к опьянению в равной мере и девочки ($32,0 \pm 2,I$) и мальчики ($35,4 \pm 2,0$) в 9-I0 лет. Но, начиная с I3 лет девочки принципиальней мальчиков определяли свое отношение к состоянию опьянения окружающих и поведению пьяных; у них число неопределенных ответов было примерно в 2 раза меньше ($t = 3,6$). Надо заметить, что девочки вообще более однозначно высказывались по всем предложенным вопросам, чем мальчики.

На фоне общих оценок состояния опьянения окружающих учащимися, представляет интерес вопрос о том, в каких ситуациях, в каких пределах они считают допустимым собственное употребление спиртных напитков.

Число девушек I6-I7 лет, положительно оценивавших возможность употребления алкогольных напитков по праздникам ($52,4 \pm 2,3$) превосходило соответствующие показатели у юношей ($42,7 \pm 3,3$), их сверстников ($t = 2,3$). Число случаев положительного отношения к возможности употребления спиртных напитков по праздникам (γ_1) и при встрече с друзьями (γ_2) обнаруживало прямую связь с возрастом и у мальчиков ($\gamma_1 = +0,98$; $P < 0,05$; $\gamma_2 = +0,99$; $P < 0,01$) и у девочек ($\gamma_1 = +0,99$; $P < 0,01$; $\gamma_2 = +0,96$; $P < 0,05$). Кроме того, у мальчиков такое положение распространялось и на ситуацию употребления спиртных напитков в выходные дни ($\gamma = +0,95$; $P < 0,05$). Негативное отношение к ежедневному употреблению спиртных напитков увеличивалось с возрастом и у мальчиков ($\gamma = +0,99$; $P < 0,01$) и у девочек ($\gamma = +0,98$; $P < 0,05$).

Поскольку среди школьников можно встретить преимущественно потребление слабых спиртных напитков, мы попытались выяснить в какой степени они используют, в частности, пиво. Мальчики всех возрастов достоверно чаще употребляли пиво. Так как в 9-I0 лет половина мальчиков ($49,8 \pm 2,I$) и треть девочек ($3I,9 \pm 2,0$) уже познали вкус спиртного, то младший школьный возраст нельзя, видимо, считать исходным для изучения процесса формирования отношения детей к потреблению алкогольных напитков.

Основной скачок в частоте употребления учащимися алкогольных напитков в семье и в компании друзей происходил и у мальчиков и у девочек в I4-I5 лет. По частоте употребления спиртных напитков в компании друзей юноши значительно опережали девушек и в I4-I5 лет ($t = 3,I$) и в I6-I7 лет ($t = 3,7$).

Школьники, которым разрешили употреблять спиртные напитки со взрослыми по праздникам в 9 раз чаще, чем их сверстники, которым родители запрещали это делать, уже "выпивали" в компании друзей. Непосредственное приобщение детей к алкогольным обычаям семьи являлось пусковым механизмом их дальнейшего самостоятельного знакомства с алкоголем. С возрастом у учащихся постоянно углублялись

знания о вреде употребления спиртных напитков, но также прямо пропорционально возрасту, в ходе личной практики их потребления увеличивалась частота вербальных установок на продолжение алкоголизации в будущем. Формальные знания детей вредных свойств алкоголя не могли быть гарантией негативного отношения к алкоголизации.

Только одного гигиенического аспекта противоалкогольной пропаганды без широкого нравственно-этического обоснования недопустимости пьянства, явно недостаточно. Более того, любая форма подобной пропаганды, на фоне широкой продажи и потребления спиртных напитков может оборачиваться для детей формой воспитания нравственного формализма. Такое положение делает актуальным вопрос об антиалкогольном воспитании как более глубоком орудии педагогического воздействия, призванном с младшего школьного возраста формировать у детей негативное отношение к любым проявлениям пьянства и алкоголизма.

Материалы исследования показывают важность алкогольных обычаев микросоциальной среды в развитии алкоголизации несовершеннолетних. Именно алкогольными обычаями определяется изначальный уровень "социальной толерантности" - совокупности нравственно-этических взглядов по вопросам потребления спиртных напитков.

Алкогольные обычаи - это исторически сложившиеся и передаваемые из поколения в поколение, внутри отдельного микросоциального коллектива, формы потребления спиртных напитков с соответствующими духовными эквивалентами обыденного сознания и мировоззрения. Алкогольные обычаи выполняют две социальные функции: быть средством стабилизации, утвердившихся в данной микросреде отношений и форм потребления алкоголя, и осуществлять воспроизводство этих отношений в жизни новых поколений.

Особенности алкогольных обычаев семьи во многом определяются ее социальным статусом, образовательным и культурным уровнем родителей. Они обуславливают пути и возраст приобщения детей к потреблению спиртных напитков, их взгляды и установки по вопросам алкоголизации, ее "стиль". Так осуществляется "наследование" алкогольных обычаев одного поколения другим. Влияние подростковых групп на развитие алкоголизации детей более непосредственно и наглядно, а сдерживающее влияние школы и семьи преимущественно информационно опосредованно.

2. Влияние различных факторов социального и биологического порядка на развитие алкоголизации подростков.

При анализе двух выделенных контингентов ("группы риска" и "клинической группы") внимание обращалось прежде всего на обнаружение общих корней в становлении алкоголизации подростков. Наряду с этим, выявление особенностей и различий двух сравниваемых групп давало выход на оценку прогредиентности алкоголизации и алкоголизма (динамический подход).

Сам факт употребления алкоголя несовершеннолетними уже не норма. И если для взрослых можно выделить определенные критерии культуры потребления спиртных напитков, то у подростков любое опьянение - прежде всего интоксикация, травматичная для их нервной системы, психики, нравственности.

При анализе алкоголизации несовершеннолетних мы исходили из важного в методологическом плане положения о том, что употребление спиртных напитков подростками необходимо рассматривать как одну из форм нарушения поведения (А.Е.Личко, 1977). Это требует более широкого и глубокого подхода к рассматриваемой проблеме, не ограничивающегося формальными рамками социальной и клинической наркологии.

Представители "клинической группы" в более раннем возрасте приобщаются к "выпивкам" (12,3±0,3), в том числе и в компаниях друзей (13,4±0,2), и со взрослыми в кругу семьи по праздникам (15,7±0,2)

Большинство молодых людей знакомятся со спиртными напитками до совершеннолетия, но только единицы "приобретают" к 18 годам, клинические признаки алкоголизма. Необходимо сочетание целого ряда факторов социального и биологического порядка для формирования заболевания в подростково-юношеском возрасте.

Подростки "клинической группы" достоверно отличались от представителей "группы риска" более выраженными нарушениями микросоциальной среды (неполная семья, конфликтные отношения в семье, преимущественно связанные со злоупотреблением родителями спиртными напитками; асоциальная компания), сомато-неврологическими особенностями преморбида (тяжелые травмы и операции, травмы головы с потерей сознания; головные боли и быстрая истощаемость внимания; снохождения и сноговорения, кошмарные сновидения и нарушения ритма сна; легкая степень дебильности; вегето-сосудистые дистонии; органическая церебральная недостаточность), индивидуально-психологическими особенностями преморбидной личности (психический инфантилизм и нравственный примитивизм; явные акцентуации характера; патохарактерологические развития и психопатии; суицидальные мысли; утрата перспективы жизни; проблема свободного времени; беспорядочные половые связи, преимущественно в состоянии опьянения; слабая профессиональная ориентация и неудовлетворенность выполняемой работой; побеги из дома и прогулы уроков, бродяжничество и воровство, различные формы асоциального поведения). Перечисленные показатели во многом определяли (и отражали) развитие алкоголизации и алкоголизма у подростков.

Наряду с различием, две анализируемые группы имели и много общего в микросоциальной среде (низкий уровень образования родителей и подростков; среднее количество детей в семье и порядковый номер рождения; среднемесячный доход на одного члена семьи; частота случаев пьянства родителей и родственников; судимости отца; ранний возраст постановки на профилактический учет в милицию), сомато-нев-

рологических особенностях преморбида (возраст матери на период родов; показатели отклонений в пре-, интра- и постнатальном периодах развития детей; тяжелые инфекции и нейроинфекции; судорожные припадки и обморочные состояния; ночной энурез; заикание и косноязычие), и индивидуально-психологических особенностях преморбидной личности (дефицит мотивации алкоголизации; суицидальные попытки, отсутствие хобби и увлечений; бедность ценностных ориентаций; конфликты на работе; отсутствие общественных нагрузок и интереса к общественной работе; низкий уровень информированности в вопросах влияния алкоголя на психику и нравственность). Выявление общих корней, у сравниваемых групп, отражает их преемственность в единой цепи развития алкоголизации и алкоголизма у подростково-юношеского контингента.

3. Особенности формирования клиники. Вопросы диагностики и систематики.

Анализ клинического материала обнаруживает у части подростков "группы риска" своеобразную злокачественность алкогольного дебюта, которую характеризуют следующие показатели: 1) высокая социально-нравственная толерантность" к пьянству, в силу злоупотребления спиртными напитками в семье или в компании, вследствие чего быстро утрачивается значение противодействия микросоциальной среды; 2) раннее начало (в 10-12 лет) употребления спиртных напитков в семье со взрослыми и в компании друзей; 3) низкий уровень изначальной толерантности, быстро увеличивающей свою кратность при развитии алкоголизации; 4) криминогенное поведение в опьянении, ускоряющее социальную декомпенсацию; 5) раннее приобщение к алкогольным обычаям среды: а) употребление крепких спиртных напитков и прием алкоголя в больших дозах, приводящих к сопорозным и коматозным опьянениям, изначально подавляющим биологические защитные механизмы и количественный контроль; б) ранние попытки утренних

приемов спиртного в алкогольной компании, приводящие к формированию "индуцированного абстинентного синдрома"; в) некритично широкий спектр причин и поводов алкоголизации; г) употребление суррогатов; д) прием с алкоголем лекарственных препаратов, усиливающих эффект опьянения.

Подростки "группы риска", имеющие злокачественный алкогольный дебют, могут быть названы "угрожаемым" контингентом. Именно они преимущественно и дают клинику подростково-юношеского алкоголизма.

Анализ периода перерастания алкоголизации в алкоголизм, позволяет описать три основных социально-психологических механизма становления заболевания у несовершеннолетних.

Механизм "индукции". На начальном этапе формирования алкоголизма позволительно говорить о психогенном (в широком смысле этого понятия) формировании симптомов зависимости, утраты контроля, форм потребления (включая изначальные утренние приемы небольших доз алкоголя) и форм опьянения. Гротескные, индуцированные симптомы "клиники до болезни" имитируют и потенцируют начальные биологические проявления заболевания. Этот механизм реализуется во многом за счет известных подростковых реакций группирования и имитации (А.Е.Личко,1977).

Механизм "стимуляции". Часто преморбидная патологическая отягощенность у подростков "угрожаемого" контингента (будь то органическая церебральная недостаточность или личностные изменения) имела астено-апатический и астено-депрессивный радикал. У этой группы несовершеннолетних алкоголь на короткое время давал бодрость, активность, смелость. Учитывая, что ранняя алкоголизация очень быстро приводила к астенизации личности, описанный механизм (первичный и вторичный) можно считать общим для рассматриваемого контингента.

Механизм "деформации". Большинство представителей "угрожаемого" контингента не имели нормального семейного воспитания: отсутствовал контроль за их обучением, недостаточно поощрялось развитие интеллекта и нравственно-этических ценностей. У них рано утрачивался интерес к учебе. Это неизбежно приводило к отсутствию у подростков общественно-политической активности и социально-значимых установок, узкому кругу и неустойчивости интересов, отсутствию увлечений и духовных запросов, уходу от ответственных ситуаций и решений. Формировалась такая направленность личности, в основе которой лежала неспособность подростков к сложной деятельности, с упрощением и перестройкой иерархии мотивов поведения в плане готовности к злоупотреблению алкоголем. Происходило уплощение, деформация личности. Складывалась "алкогольная личность до болезни" (А.Л.Нелидов, 1978) слепо и некритично воспринимающая все взгляды и нормы алкогольной группы.

Описанные механизмы, патогномоничные формированию клиники подростково-юношеского алкоголизма, в определенном соотношении присутствовали в анамнезе любого несовершеннолетнего пациента.

Алкоголизм у несовершеннолетних, как и у взрослых, представлен совокупностью трех синдромов: синдрома измененной реактивности, синдрома психической зависимости, синдрома физической зависимости. Если в диагностике алкоголизма у подростков с явными симптомами физической зависимости представляется возможным пользоваться известными критериями II и III стадий заболевания по классификации А.А.Портнова и И.Н.Пятницкой (уровень уверенной диагностики), то ранняя диагностика начальных клинических проявлений требует более осторожного подхода, учитывающего своеобразие формирования клиники, ее нестабильность, индуцированность и возможную обратимость. Значительная прогредиентность заболевания у подростков, с динамикой смены синдромов, измеряемой несколькими месяцами, также делает затруднительным применение указанной систематики.

Осторожность в формулировке диагноза начальной стадии подростково-юношеского алкоголизма отражает трудности дифференцировки злоупотребления алкоголем (злокачественного бытового пьянства) с "масками" клинических симптомов от симптоматики I стадии заболевания по классификации А.А.Портнова и И.Н.Пятницкой.

Поскольку подростки, злоупотребляющие алкоголем, как с начальными признаками алкоголизма, так и без них, в равной мере нуждаются в дезинтоксикационной и коррегирующей терапии, в санировании "почвы", то с позиций практической наркологии их разделение не является принципиальной задачей. Поэтому, представляется возможным, предложить в систематике алкоголизма у подростково-юношеского контингента выделение двух стадий: I. Начальная стадия (злокачественная алкоголизация) - включает лиц, злоупотребляющих алкоголем без симптомов заболевания, но с "масками" клинических проявлений и лиц с начальными признаками алкоголизма (I ст.по классификации А.А. Портнова и И.Н.Пятницкой). 2.Клиническая стадия - характеризуется наличием синдрома физической зависимости (II ст.по А.А.Портнову и И.Н.Пятницкой). При постановке диагноза алкоголизма в подростково-юношеском возрасте более уместны критерии диагностики заболевания, предложенные С.М.Кислиным (1965).

Привнесение в диагностику социально-гигиенической категории- "злокачественная алкоголизация", отражает специфику подростково-юношеского алкоголизма, отличающегося выраженной прогредиентностью и является требованием комплексного клинико-социального подхода.

4. Организационные вопросы антиалкогольной работы с несовершеннолетними.

При организации антиалкогольной работы в школе мы исходили из двух основных методологических положений: а) антиалкогольное воспитание - составная часть нравственного воспитания; высокий нравственно-этический потенциал личности - лучшая гарантия нетер-

пимого отношения к алкоголизации; б) антиалкогольная работа в школе должна проводиться преимущественно силами учителей; излишняя фиксация детей на вопросах потребления спиртного исключается, когда поводы к беседам противоалкогольного плана логически вытекают из содержания изучаемого предмета.

Работа в школе проводилась по комплексному плану, включающему медико-социальные мероприятия с учащимися, родителями, учителями.

I) Работа с учителями: а) для преподавателей читались лекции по антиалкогольной тематике, комплексно освещающие проблему пьянства, с разъяснением возможностей каждого предмета в противоалкогольной пропаганде; б) в учительской создали методический уголок, где были представлены все брошюры, методические рекомендации и материалы для преподавателей. 2) Работа с родителями: а) для родителей читались лекции на тему: "Алкоголь и дети"; б) врачом-психиатром совместно с учителями осуществлялись консультации для родителей по вопросам воспитания "трудных" подростков; в) родители привлекались к антиалкогольному воспитанию детей в семье. 3) Работа с учащимися: а) включение учителями материалов противоалкогольного плана в структуру своего предмета, начиная с I-го класса; б) проведение лекций и бесед врачом для учащихся 7-I0 классов; в) широкое использование наглядной агитации (плакатов, планшетов, выставок); г) ежемесячно для учащихся 7-I0 классов в кинолектории правовых знаний демонстрировались ленты антиалкогольного плана с предшествовавшей беседой врача и заключением педагога, в экспериментальном порядке кинолекции проводились и в 3-4 классах; д) индивидуальная медико-воспитательная работа осуществлялась с подростками, угрожаемыми в отношении алкоголизации.

Анализ результатов анкетирования учащихся до и после антиалкогольной работы показал ее возможность и эффективность. Напри-

мер, положительный сдвиг во взглядах детей по вопросам алкоголизации отражает возрастающая уверенность в возможности "безалкогольного существования" (табл.1).

Таблица 1

Оценка учащимися возможности "безалкогольного существования" (на 100 обследованных)

Можно ли прожить без вина?	3-4 классы			9-10 классы		
	I опрос	2 опрос	t	I опрос	2 опрос	t
"Да"	66,1±4,3	84,8±3,6	3,3	37,0±4,6	44,8±4,4	1,2
"Нет"	10,2±2,8	9,1±2,9	0,3	42,3±4,7	27,6±4,0	2,4
"Не знаю"	23,7±3,9	6,1±2,4	3,8	20,7±3,8	27,6±4,0	2,4

Работа в школе позволила выделить ряд организационных принципов антиалкогольного воспитания учащихся. 1. Начало антиалкогольного воспитания с младшего школьного возраста. 2. Целенаправленность и преемственность в проведении антиалкогольного воспитания и антиалкогольной пропаганды. 3. Планирование антиалкогольных мероприятий с учетом психологических особенностей различных возрастных групп учащихся. 4. Соответствие гигиенического и нравственного, эмоционального и содержательного аспектов в антиалкогольной ориентации учащихся. 5. Организация полноценного в социально-нравственном плане досуга и повышение общественной активности школьников. 6. Комплексный подход к антиалкогольной работе. 7. Участие старшеклассников в антиалкогольной пропаганде. 8. Индивидуальная медико-воспитательная работа с угрожаемым в отношении злоупотребления алкоголем контингентом.

Возможность оказания специализированной наркологической помощи несовершеннолетним анализировалась на опыте работы подросткового консультативного наркологического кабинета.

Задачи кабинета с последовательностью и преемственностью раскрывают основные направления его работы: I. Выявление и учет несовершеннолетних, страдающих алкоголизмом, а также подростков "группы риска". 2. Медико-социальная работа с "неблагополучными" семьями (оздоровление микросоциальной среды). 3. Лечебно-профилактическая помощь контингенту, имеющему клинические признаки алкоголизма. 4. Динамическое диспансерное наблюдение и поддерживающая терапия. Рациональная психотерапия. Социальная реабилитация. 5. Лечение сопутствующих и провоцирующих вторичную алкоголизацию психических аномалий и заболеваний (санирование почвы). 6. Участие в организации и проведении антиалкогольного воспитания и пропаганды в школах, ПТУ, техникумах. 7. Организация и проведение учебы работников милиции и исправительно-трудовых учреждений, преподавателей школ и воспитателей системы профтехобразования, актива общественности при инспекциях по освоению ими психонаркологического минимума знаний, необходимых для раннего выявления алкоголизма и психических расстройств у несовершеннолетних.

Медикаментозную терапию получало 112 человек. Активную противоалкогольную терапию (антабусом, фуразолидоном, апоморфином, метронидазолом, пирроксаном) получали 42 подростка и юноши в основном с клинической стадией алкоголизма. Остальные получали дезинтоксикационную и симптоматическую терапию. Организация противоалкогольного лечения подростков имела значительные трудности в силу психологических особенностей контингента, полной анозогнозии, группового характера алкоголизации и психической взаимозависимости. Добиться полного воздержания от потребления алкоголя при выписке подростка из стационара и попадания в привычную микросреду было исключительно трудно. Поэтому при оценке эффективности медико-социальных мероприятий мы были вынуждены отказаться от принятого анализа продолжительности ремиссии и ориентироваться на такие более общие показатели как социальный статус и противоправные действия.

Срок катамнестического наблюдения составлял I-4 года, в среднем 2,I±0,I года. В I978 году мы разослали родителям, состоящих у нас на учете подростков, анкеты с просьбой дать катамнестические сведения о детях. Было получено 215 ответов, из 332 запросов. Анализ этих материалов обнаружил, что из числа подростков, имевших во время первичного обследования клинику алкоголизма, на период катамнеза ежедневно пили 9,2%, 2-3 раза в неделю -20,5%, опохмелялись по утрам 26,7%, повторно доставлялись в медвытрезвитель- 37,0%, по мнению родителей нуждались в лечении 45,4%. Из этих подростков во время первичного обследования имели судимости 3,2%, а на период катамнеза уже 23,4%. Если подростки, имевшие клинические признаки заболевания, оставались в условиях порочного алкогольного окружения, то уже через полгода - год они обнаруживали развернутую клинику алкоголизма. Если же юноши попадали в здоровое микросоциальное окружение, в т.ч. на службу в Армию, то в ряде случаев можно было наблюдать обратную динамику начальных клинических проявлений и улучшения социальной адаптации.

Сравнение групп "леченых" и "не леченых" юношей показало, что среди лиц, уклонившихся от медико-социальной помощи было 4,I% тунеядцев и 28,6% осужденных, среди же подростков, получавших лечение тунеядцев вообще не было, а судимости имели [illegible] I2,5%.

Таким образом, материалы катамнеза показывают актуальность и эффективность выделения нового структурного подразделения наркологической службы - подросткового консультативного наркологического кабинета. С созданием кабинета, организующего и координирующего всю антиалкогольную работу с несовершеннолетними, становится возможным системный подход к ее проведению. Модель системы антиалкогольной работы с несовершеннолетними представлена на схеме I.

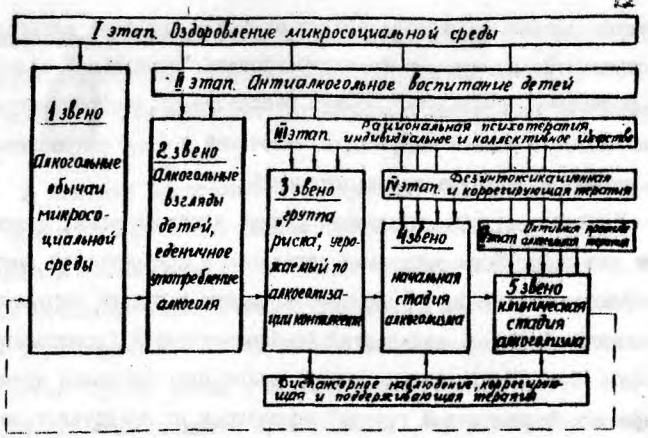

Схема I Система антиалкогольной работы с несовершеннолетними.

В иллюстрации отражены пять основных звеньев динамики развития алкоголизации и алкоголизма, которым соответствуют пять этапов антиалкогольной работы. Каждый этап по объему проводимых медико-педагогических и социальных мероприятий с преемственностью соответствует определенному звену алкоголизации. Контингент последних трех звеньев является группами динамического наблюдения подросткового консультативного наркологического кабинета.

Предлагаемая модель с наибольшим обобщением подчеркивает профилактическую ориентацию антиалкогольной работы с несовершеннолетними, отражающей в целом профилактическое направление Советского здравоохранения.

Выводы и предложения.

I. Анализ материалов анкетирования учащихся общеобразовательных школ показал, что алкогольные обычаи микросоциальной среды во многом определяют оценки школьниками пьянства окружающих, их отношение к возможности собственной алкоголизации и ее динамику. Они

являются первым и наиболее важным звеном в развитии алкоголизации у подростков, изначально формируя уровень "социальной толерантности" пьянства. Алкогольные обычаи обеспечивают воспроизводство, утвердившихся в данной микросреде отношений и форм потребления спиртных напитков, в жизни новых поколений.

2. Факторы, способствующие ранней алкоголизации, являются общими для любых форм нарушения поведения в подростковом возрасте. Эти факторы могут быть условно объединены в группы нарушенной микросоциальной среды, индивидуально-биологической (соматоневрологической) и индивидуально-психологической отягощенности преморбида. Подростки "клинической группы" отличаются от представителей "группы риска" глубиной, степенью нарушений по трем выделенным группам факторов, хотя набор этих факторов в равной мере присутствует в анамнезе исследуемых групп. Сходство подростков двух сравниваемых контингентов по ряду ведущих показателей подчеркивает повышенную вероятность дальнейшего развития у подростков "группы риска" различных форм асоциального поведения, в том числе ранней алкоголизации и алкоголизма.

3. У части представителей "группы риска", воспитывающихся преимущественно в условиях "алкогольной" микросреды, можно обнаружить своеобразную злокачественность алкогольного дебюта, состоящую в имитации подростками стиля алкоголизации, свойственного развернутым стадиям хронического алкоголизма. Эти несовершеннолетние могут быть названы "угрожаемыми" контингентом. Именно они преимущественно и дают клинику подростково-юношеского алкоголизма.

4. Сравнительное ретроспективное и катамнестическое прослеживание анамнеза подростков с хроническим алкоголизмом ("клиническая группа") и подростков с асоциальным поведением, в том числе ранней алкоголизацией ("группы риска") позволяет выделить два патогенетических уровня готовности к развитию алкоголизма в подростково-юношеском возрасте. Уровень неспецифической готовности, представленный подростками "группы риска" и уровень специфической готовности, которому соответствует "угрожаемый" контингент несовершеннолетних.

5. В развитии алкоголизма у подростков можно выделить три наиболее общих социально-психологических механизма: а) индукции – состоящего в психогенном формировании симптомов алкоголизма, потенцирующих начальные биологические проявления заболевания; б) стимуляции – характеризующегося снятием в опьянении, распространенного у подростков "группы риска", астено-адинамического состояния; в) деформации – отражающего преморбидное переформирование личности в плане готовности к злоупотреблению алкоголем.

6. Алкоголизм в подростково-юношеском возрасте не может рассматриваться как особый клинический феномен. Своеобразие его порождается возрастным социально-психологическим профилем контингента и преморбидной личностной отягощенностью, привносящими особенности на этапе преклинического развития, но не меняющими принципиально клинику хронического алкоголизма. В систематике алкоголизма у подростков можно выделить две стадии: I) начальную (злокачественной алкоголизации) – включающую лиц, злоупотребляющих алкоголем без симптомов заболевания, но с "масками" клинических проявлений и лиц с начальными признаками алкоголизма; 2) клиническую – характеризующуюся наличием синдрома физической зависимости.

7. Организация противоалкогольного лечения подростков отличается значительными трудностями в силу социально-психологических особенностей контингента и отсутствия специализированных подростковых отделений. Лечение в амбулаторных условиях исключительно затруднено. Противоалкогольное лечение несовершеннолетних недостаточно эффективно, если оно не дополнено комплексом социально-реабилитационных мероприятий.

Одним из дальнейших направлений совершенствования профилактики, раннего выявления и лечения алкоголизма у несовершеннолетних является создание подросткового консультативного наркологического кабинета- нового специализированного звена наркологической службы.

8. Негативному воздействию на детей алкогольных обычаев микросоциальной среды могут эффективно противостоять антиалкогольное воспитание и пропаганда. Подростки, информированные о вреде употребления алкоголя, активней осуждают пьянство, у них реже встречается безразличное отношение к поведению пьяных и меньше трудностей в его квалификации. Антиалкогольное воспитание, проводимое в структуре нравственного воспитания, должно начинаться с начальной школы и быть направлено в целом на семью учащегося.

9. Современный уровень социальной и клинической наркологии требует системного подхода к профилактике алкоголизации молодого поколения. Предложенная модель системы антиалкогольной работы с несовершеннолетними включает выделение основных звеньев прогредиентного процесса алкоголизации и алкоголизма, которым с преемственностью соответствуют этапы антиалкогольной работы.

Список публикаций по теме диссертации

1. Некоторые социально-гигиенические аспекты формирования алкогольных привычек. Журн. "Советское здравоохранение", 1976, 4, 46-48 (соавт. с Ю.Р.Теддером).

2. Некоторые социально-психологические вопросы организации антиалкогольного воспитания в средней школе. В кн."Индивидуальные различия. Психофизиология и патология деятельности". Тезисы докладов межреспубликанской конференции. "Психология активности человека и проблемы обучения". Целиноград, 1976, т.3, 80-81.

3. Некоторые аспекты изучения подростково-юношеского алкоголизма в условиях г.Архангельска. В кн.: "Медико-биологические проблемы акклиматизации и гигиены человека на Европейском Севере". Тезисы докладов межвузовской конференции. Архангельск, 1976, 36-37.

4. Антиалкогольное воспитание в школе. Методические рекомендации. Северо-Западное книжное издательство, Архангельск, 1977, 8 с (соавт.с И.Д.Муратовой).

5. Опыт антиалкогольной работы с "угрожаемым" контингентом несовершеннолетних. Журн."Здравоохранение Российской Федерации" 1978, 10, 30-33 (соавт.с И.Д.Муратовой, Ю.Р.Теддером).

6. Клиника, диагностика и лечение алкоголизма в подростково-юношеском возрасте. Методические рекомендации. М., 1979 (соавт.с И.Д.Муратовой, Л.М.Котловой).